

Informasjon om trafikkfare ved forskrivning av benzodiazepiner

-et forslag til forbedring av allmennlegers informasjonsrutiner

**Harald Bull Ragnum (leder), Adnan Fraz, Christian Georg Lutken,
Einar Magnus Aronsen, Reidun Koppen Barstad, Thomas Romsaas
Kjernli, Yvonne Hagerup Minsaas**



KLOK-oppgave H-04 2010 – Det medisinske fakultet, 14/2-10

UNIVERSITETET I OSLO

INNHold

Sammendrag	4
Bakgrunn	6
Kunnskapsgrunnlaget	8
Hvordan påvirker benzodiazepiner kjøreferdighetene?	8
Utbredelse av medikamentforbruket	9
Bruk av benzodiazepiner og trafikkulykker	10
Bruk av benzodiazepiner og bilulykker i Norge.....	11
Hva sier lovverket?	11
Forbedringsarbeidet	13
Observasjoner og praksis.....	13
Årsaker til bilkjøring i påvirket tilstand	14
Årsaker til dårlig pasientinformasjon	15
Hvordan bør pasienter informeres?	16
Valg av tiltak	17
Indikatorvalg.....	18
Prosess og organisering for bedre praksis	18
<i>Plan</i> – hva er målet?	18
<i>Do</i> – tiltak for å nå målet.....	19
<i>Study</i> – måling av effekt	20
<i>Act</i> – evaluering	200

Motivasjon hos deltakerne.....	20
Problematisering av handlingsplan.....	22
Ressursbruk	233
Evaluerings.....	Error! Bookmark not defined. 4
Problematisering av handlingsplan.....	Error! Bookmark not defined. 4
Gjennomføringen av prosjektevalueringen	255
Diskusjon	266
Vedlegg til oppgaven.....	28
Referanser	29

Sammendrag

Bakgrunn og kunnskapsgrunnlag

I en undersøkelse av tilfeldig utvalgte bilister ble det funnet at 4,5 % kjørte med trekantmerkede legemidler i blodet, deriblant benzodiazepiner. Forskning viser en klar assosiasjon mellom benzodiazepinbruk og bilulykker. Allmennlegers rutiner rundt informasjon om bivirkninger vedrørende benzodiazepiner er funnet å være mangelfull. Blant annet foretok Helsetilsynet i Vestfold i 2008 et tilsyn med fastlegers meldeplikt vedrørende pasienter som ikke fyller de helsemessige kravene til å inneha førerkort. Her ble det konkludert med at rutinene rundt informasjon til pasientene ikke var gode nok. Dette er i overenstemmelse med våre observasjoner i klinisk praksis.

Tiltak og organisering

Vi har valgt å utarbeide et tiltak for forbedring av informasjonsrutiner ved utskrivelse av benzodiazepiner i allmennpraksis. Dette tiltaket baserer seg på samarbeid mellom tre til fire apotek og ett fastlegekontor, og har en tenkt varighet på ett år. Ved hver utskrivelse av benzodiazepiner får pasienten utdelt et kort infoskriv som skal gjennomgås av legen. Dette skrivet skal inneholde konkrete råd om bilkjøring i forbindelse med bruk av benzodiazepiner, samt litt bakgrunnsinformasjon om disse legemidlene. Når pasienten kommer til apoteket for å hente resepten, spør farmasøyten om han eller hun har fått infoskrivet og har fått det gjennomgått hos legen. Effektindikatoren vår blir andelen informerte pasienter. Ved oppstart av prosjektet skal man bli enige med fastlegene om hva som er en ønskelig andel informerte pasienter. Andelen informerte pasienter beregnes hver andre uke og plottes inn i et RUN-diagram, blant annet for å sikre at ikke informasjonskampanjen dabber av. Vi vil holde de involverte partene kontinuerlig oppdatert via epost. Til sammen skal det arrangeres 4 evalueringsmøter (hver tredje måned) for å evaluere prosjektet, og for å få tilbakemelding fra deltakerne.

Resultater og vurdering

Målet med prosjektet er å øke fastlegenes og pasientenes bevissthet rundt farene ved bilkjøring og bruk av benzodiazepiner. Vi mener at tiltaket er enkelt og lite ressurskrevende, og at det vil være mulig å implementere selv i en travel praksis. En utfordring blir at vi ikke kjenner andelen informerte pasienter før prosjektet starter opp. Et annet viktig moment blir å motivere fastlegene og apotekerene til å bli med på prosjektet, da dette er noe som innebærer litt ekstra arbeid.

BAKGRUNN

Benzodiazepiner og Z-hypnotika er viktige legemiddelgrupper i Norge. Antall pasienter som fikk skrevet ut benzodiazepiner eller benzodiazepinliknende preparater i 2008 var 631.922, i aldersgruppen 20-89 år (1).

Nasjonalt folkehelseinstitutt undersøkte 11 000 norske bilister i løpet av 2005 og 2006. Målet var å kartlegge hvor mange som kjørte bil med medikamenter og/eller rusmidler i kroppen. Det ble ved hjelp av spyttprøver funnet at 4,5 % av bilistene hadde trekantmerkede legemidler i kroppen. Man anslo i rapporten at omlag 1 % av førerne burde ha latt bilen stå hjemme grunnet påvirkning av legemidler eller illegale rusmidler (2).

Forskning viser en klar assosiasjon mellom benzodiazepinbruk og bilulykker (3). Spesielt stor risiko er det ved bruk av benzodiazepiner med lang halveringstid, samt ved bruk av hypnotika med kortere halveringstid, slik som zopiclon (4).

Antall skadde i trafikken ligger årlig på mellom 11 000 og 12 500. I 2008 omkom 255 i veitrafikkulykker, henholdsvis 195 menn og 60 kvinner (5).

Helsetilsynet i Vestfold foretok i 2008 et tilsyn med leger og psykologers meldeplikt vedrørende pasienter som ikke fyller de helsemessige kravene til å inneha førerkort. Inkludert i tilsynet var fem tilfeldig valgte fastleger i Vestfold fylke (6). Tilsynet omfattet blant annet rutiner for å gi informasjon til pasienten når helsekravene til førerkort midlertidig ikke er oppfylt, for eksempel ved forskriving av benzodiazepiner, og kjennskap til regelverk og retningslinjer på området. Hos samtlige fastleger ble det konkludert med at: *'Det er ikke sikret at plikter i forhold til vurdering, varsel av pasient og myndighet, samt dokumentasjon knyttet til helsekrav til førerkort blir overholdt'* (7).

Dette er i overensstemmelse med hva vi selv og våre medstudenter har opplevd i praksisperioden i allmennpraksis, med hensyn til sviktende rutiner rundt utskriving av potensielt sløvende medikamenter og informasjon om farer ved blant annet bilkjøring.

Vi mener mye av årsaken til kjøring i påvirket tilstand ligger i manglende kunnskap vedrørende regelverk, risikoøkning og konsekvenser hos leger og pasienter, og har derfor valgt følgende problemstilling: *Hvordan kan man forbedre allmennlegers pasientinformasjon i forbindelse med forskrivning av benzodiazepiner og z-hypnotika?*

Det finnes mange trekantpreparater. For å avgrense prosjektet vil vi fokusere på benzodiazepiner og Z-hypnotika. Disse brukes av mange pasienter og gevinsten ved et eventuelt effektivt prosjekt vil derfor kunne være stor.

KUNNSKAPSGRUNNLAGET

Hvordan påvirker benzodiazepiner kjøreferdighetene?

Noen rusvirkninger er felles for alle rusmidler og medikamenter med ruspotensial. Disse fellesvirkningene skyldes endringer i dopaminformidlet signaloverføring i det mesolimbiske striocorticale system. Konsekvenser av disse endringene blir økt impulsivitet, kritikkløshet og redusert feilkontroll. I tillegg er det fare for utvikling av avhengighet ved jevnlig bruk. Disse generelle ruseffektene øker i seg selv risikoen for trafikkulykker. Denne risikoen gjelder ved bruk av alle rusmidler og medikamenter med ruspotensial. Risikoen øker med økende dose og ved blandingsbruk, for eksempel medikamenter kombinert med alkohol.

Benzodiazepiner og beslektede midler virker hemmende på GABA-systemet i hjernen. De er i eksperimentelle studier vist å gi økt reaksjonstid, økt tidsforbruk på enkle oppgaver, vinglete kjøremønstre, perioder med mikrosøvn og økt feilprosent. Virkningene inntreffer de nærmeste timene etter medikamentinntak, men kan også sees dagen etter inntak om kvelden.

Risikoen for trafikkulykker er høyere hos yngre enn hos eldre, og den er høyest de første ukene i en behandlingsperiode. Lang halveringstid, høye doser, bruk av flere typer benzodiazepiner og samtidig alkoholinntak er faktorer som øker risikoen ytterligere. Også hos personer som har brukt benzodiazepiner i terapeutiske doser over lang tid, regner man med økt ulykkesrisiko de første timene etter inntak (8).

En metaanalyse fra mai 2009 omhandler sammenhengen mellom bruk av benzodiazepiner og kjøring. Der fant man at den relative risikoen for trafikkulykker øker med 60 % ved bruk av benzodiazepiner. *Number needed to harm* ble funnet å være 26. De så også på spesifikke effekter på kjøreferdighetene, og fant en signifikant redusert evne til å holde bilen i korrekt posisjon i veibanen (3).

En systematisk oversikt fra 2009 ser på ulike medikamenters innvirkning på trafikkrisiko. Den konkluderer med at det finnes nok kunnskapsgrunnlag til å si at benzodiazepiner øker risikoen

for trafikkulykker. For andre medikamentgrupper etterlyses det mer forskning (9).

På grunnlag av denne forskningen kan man gi konkrete råd om bilkjøring til benzodiazepinbrukere.

Professor Jørg Mørlands råd er som følger:

- Kjøreforbud de første 1-2 uker etter start eller doseøkning
- Kjøreforbud nærmeste 4 timer etter inntak
- Pasienten bør etter inntak observeres/undersøkes av legen før kjøring kan tillates

Utbredelse av medikamentforbruket

For å få et inntrykk av utbredelsen av bruk av benzodiazepiner i allmennpraksis i Norge, gjorde vi et søk i folkehelseinstituttets reseptregister . Søket ble begrenset til å gjelde for 2008 og for aldersgruppen 20-89 år. Vi søkte på antall brukere av benzodiazepinpreparater av typen hypnotika, sedativa og anxiolytika (ATC-koder: N05BA, N05CD og N05CF), samt på antall definerte døgndoser (DDD) av medikamentene.

Benzodiazepin-bruk viste seg å være ganske utbredt i Norge. Antall brukere av benzodiazepiner og benzodiazepinliknende preparater i 2008 var 631.922, mens antall definerte døgndoser var 98.773.491 .

Med andre ord var det over en halv million pasienter som i 2008 ble foreskrevet benzodiazepiner. Det er viktig å legge merke til at dette bare gjelder pasienter som har fått resept hos fastlegen. I tillegg kommer pasienter som har fått dette på sykehus, eller på legevakten, til bruk i kortere perioder (1).

Bruk av benzodiazepiner og trafikkulykker

For å undersøke sammenhengen mellom bruk av benzodiazepiner og trafikkulykker, søkte vi i Medline med søkeordene *Benzodiazepines and traffic accidents*. Følgende begrensninger ble lagt på søket: mennesker, publisert etter 1985, clinical trials, letter, meta-analysis, randomised controlled studies og reviews. Dette søket gav 34 treff. Etter nøyere gjennomgang av resultatet var det to store meta-analyser og en kasus-kontroll studie som viste seg å være relevant for vår oppgave. Vi brukte også sekundærlitteratur fra meta-analysene.

Forskningen viser at det er en klar assosiasjon mellom benzodiazepinbruk og bilulykker (3). Ekstra stor risiko er det ved bruk av benzodiazepiner med lang halveringstid (brukes som anxiolytika), og ved bruk av hypnotica med kort halveringstid slik som f eks zopiclon . Én studie konkluderer med at brukere av benzodiazepiner med anxiolytisk effekt, som for eksempel diazepam, samt det benzodiazepinlignende hypnoticumet zopiclon, burde rådes til å ikke kjøre bil. Zopiclon taes om kvelden og har kort halveringstid. En kunne derfor tenke seg at effekten ikke ville være tilstede på dagtid. Likevel fant man at dette medikamentet gir residualeffekter dagen derpå, noe som gir nedsatte kjøreevner (4).

En systematisk oversikt tok med studier som omhandlet benzodiazepinbruk og trafikkulykker i perioden 1980-1997. Her ble det konkludert med at benzodiazepiner dobler risikoen for bilulykker (10). En meta-analyse inkluderte blant annet kasus-kontroll studier, samt en kjøretest med forsøkspersoner som tok benzodiazepiner før testing med bilkjøring. Spesielt kan det nevnes at risikoen for førere eldre enn 65 år var høyere jo større doser og jo lengre halveringstid benzodiazepin-preparatet hadde (4).

En annen meta-analyse gikk igjennom undersøkelser med hensyn til benzodiazepin-bruk og trafikkulykker fra 1966 til 2005. Denne inkluderte kasus-kontroll, kohort og eksperimentelle studier med bruk av kjøresimulatorer og 'på veien-tester'. Også her ble det konkludert med klare sammenhenger mellom benzodiazepin-bruk og økt risiko for trafikkulykker. Kasus-kontrollstudiene viste en odds ratio på 1.61. Kohorstudiene som ble inkludert i meta-analysen ga en relativ risiko på 1.59 (3).

Bruk av benzodiazepiner og bilulykker i Norge

I Norge har man funnet liknende sammenhenger mellom benzodiazepinbruk og trafikkulykker (11). En studie publisert i 2007 så på risiko for bilulykker under påvirkning av benzodiazepin-liknende hypnotica. Resultatet var en standardisert insidens ratio (SIR) på 2.3. Flunitrazepam-bruk var forbundet med spesielt forøket risiko (SIR = 4.0) (12). En annen studie så på hvilke rusmidler som ble påvist i blodprøver tatt av førere involvert i ulykker. Benzodiazepin-funn i disse blodprøvene var hyppigere (38-57% av tilfellene) enn funn av andre relativt vanlig forekommende rusmidler som cannabisprodukter (30-43%) og amfetamin (33-39%) (13). Majoriteten av personene, som under påvirkning av benzodiazepiner har vært involvert i trafikkulykker, har hatt en konsentrasjon i blodet over terapeutisk nivå. Ofte har det vært samtidig inntak av alkohol, eller andre psykoaktive legemidler (12).

Hva sier lovverket?

Det finnes flere holdepunkter i lovverket som understreker legers plikt til å informere om trafikkfare ved bruk av benzodiazepin-preparater. Leger plikter å informere pasienter om risiko og mulige bivirkninger i forbindelse med behandling. Dette er hjemlet i pasientrettighetsloven (14). I følge denne har pasienten rett til den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand, og innholdet i helsehjelpen. Det er også et krav at helsepersonellet så langt som mulig skal sikre at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.

Statens helsetilsyn utarbeidet i 1990, og reviderte i 2001, en grundig veileder om forsiktighet ved forskrivning av vanedannende legemidler. Den ble utarbeidet for å gi leger og tannleger råd om forskrivning av vanedannede legemidler. Av denne framgår det at legen, i samtalen med pasienten, bør gå gjennom det aktuelle legemidlets egenskaper, fordeler og ulemper, herunder bivirkninger, avhengighetsproblematikk, behandlingens varighet, samtidig bruk av alkohol, forholdet til graviditet og konsekvenser for bilkjøring og risikofyllt arbeid. Det blir anbefalt at alternativer til medikamentell behandling tas opp med pasienten. Det anbefales videre at denne informasjonen gis til pasienten både muntlig og skriftlig.

Om vanedannende legemidler og bilkjøring står det at kjøring under innflytelse av vanedannende legemidler utgjør et betydelig faremoment i veitrafikken. En rekke legemidler kan nedsette oppmerksomhet, reaksjonsevne og kritisk sans like mye som alkohol. At et medikament er forskrevet på medisinsk indikasjon reduserer i seg selv ikke risikoen. Ved bruk av doser som går ut over det som kan anses forenlig med kjøring, skal legen advare pasienten. Særlig har kjøring kort tid etter inntak av et benzodiazepin, uten forutgående bruk, vist seg å utgjøre en betydelig risiko (15).

Videre finnes lovverk som forbyr bilkjøring under påvirkning av benzodiazepiner. I følge førekortforskriftene må ingen føre motorvogn når vedkommende på grunn av bruk av medikamenter ikke er i stand til å kjøre på en trygg måte. Det må ikke være misbruk av alkohol eller andre rusmidler, og ikke bruk av beroligende eller bedøvende midler i doser som reduserer årvåkenhet eller kjøreevne (16).

I følge helseperonelloven har leger opplysningsplikt hvis pasienter ikke fyller kravene til å ha sertifikat, og skal oppfordre pasienten til å innlevere førekortet (17). Også vegtrafikkloven setter forbud mot kjøring under påvirkning av alkohol eller andre bedøvende midler (18). I veilederen for førerkort står det at 10 mg diazepam tilsvarer 0,8 i promille (16).

FORBEDRINGSARBEIDET

Observasjoner og praksis

Vi var alle utplassert i allmennpraksis i seks uker på 10. semester. En erfaring samtlige delte etter endt praksis var at legen sjelden eller aldri informerte pasienten om trafikkfare ved bruk av bensodiazepiner. Vi er under inntrykk av at våre medstudenter opplevde det samme i sin praksis. Vi ønsket derfor å finne ut mer om muligheter for forbedring på dette området. I tillegg til våre erfaringer har vi også funnet dokumentasjon på at dette er en reell problemstilling.

Helsetilsynet i Vestfold foretok i 2008 et tilsyn vedrørende leger og psykologers melde- og informasjonsplikt i tilfeller hvor pasienter ikke oppfyller de helsemessige kravene til å inneha førerkort. Inkludert i tilsynet var fem tilfeldig valgte fastleger i Vestfold fylke (6).

Tilsynet omfattet blant annet :

- Rutiner for å gi informasjon til pasienten når helsekravene til førerkort midlertidig ikke er oppfylt
- Kjennskap til regelverk og retningslinjer på området

Hos samtlige fastleger ble det konkludert med at: *'Det er ikke sikret at plikter i forhold til vurdering, varsel av pasient og myndighet, samt dokumentasjon knyttet til helsekrav til førerkort blir overholdt'.*

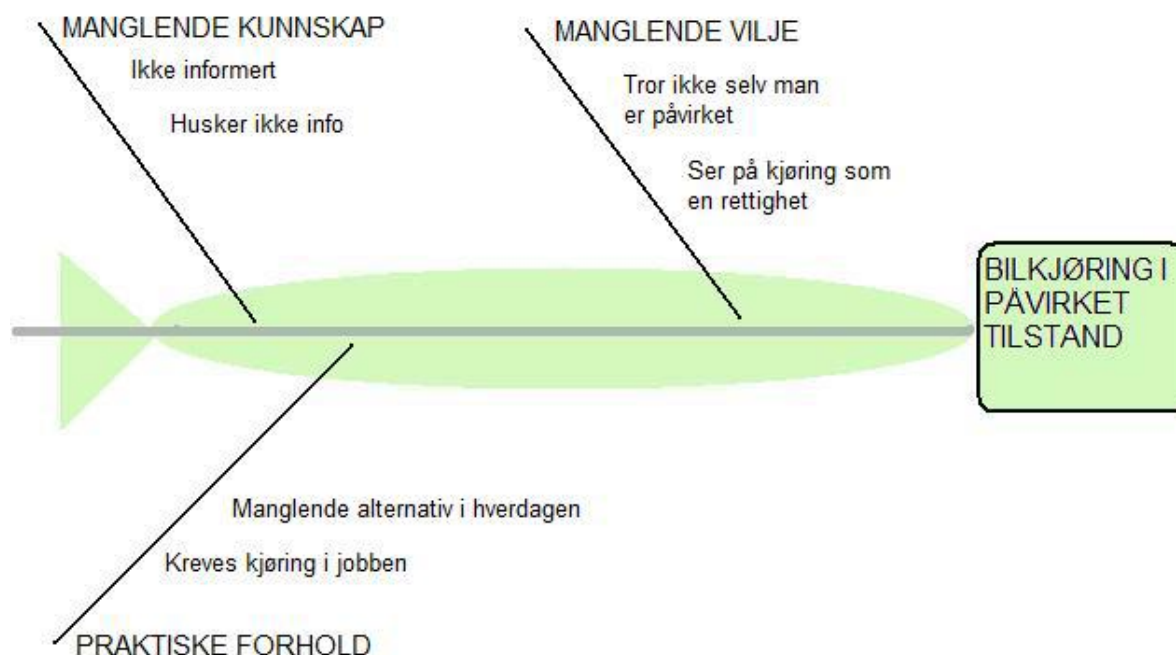
Man fant manglende rutiner ved førerkortvurderinger hos pasienter med et medikamentforbruk som kunne være uforenelig med helsekravene til førerkort. Kriteriene til helsekrav i lover, forskrifter og retningslinjer fremstod som lite kjent. I tillegg ble det ikke alltid gitt varsel til pasienten når helsekravene til bilkjøring midlertidig ikke var oppfylt (7).

Helsetilsynet i Vestfold påpeker at funnene ved tilsynene var svært sammenfallende. Dette tilsier en sannsynlig mangel hos mange leger i Norge. Det fremholdes at det er viktig å bringe

problemstillingene opp på et nasjonalt nivå, og man har allerede besluttet å gjennomføre opplæring for primær- og turnusleger i Vestfold. Det forventes at sentrale myndigheter følger opp saken (6).

Årsaker til bilkjøring i påvirket tilstand

Bilkjøring i påvirket tilstand er et betydelig problem. Vi har laget et fiskebeindiagram som viser de mulige årsakene en kan tenke seg til at dette forekommer (Figur 1). For det første er det sannsynlig at mange ikke er klar over hvilken fare bilkjøringen medfører. Noen kan være dårlig informert, eller ha glemt den informasjonen de har fått tidligere. Noen kan føle seg upåvirket, og dermed tro at de kjører bil like godt som de ville gjort uten medikamentinntak. I tillegg kan det være et viktig aspekt at mange anser bilkjøring som en rettighet. Selv om man har en sykdom, som for eksempel angst, føles det kanskje ikke rettferdig at man nektes å kjøre bil. De har tross alt førerkort, og vet kanskje at det ikke er direkte ulovlig å kjøre under påvirkning av benzodiazepiner.



Figur 1 | Mulige årsaker til bilkjøring i påvirket tilstand

Sist, men ikke minst, har praktiske forhold stor betydning for om man velger å kjøre bil eller ikke. Klarer man seg i hverdagen uten å kjøre er det lett å unngå det. Har man derimot et yrke eller en livsstil som nærmest krever at man kjører bil, blir det et stort problem at man til visse tider ikke kan kjøre. Særlig er dette aktuelt i deler av landet hvor kollektivtransporten er lite utviklet.

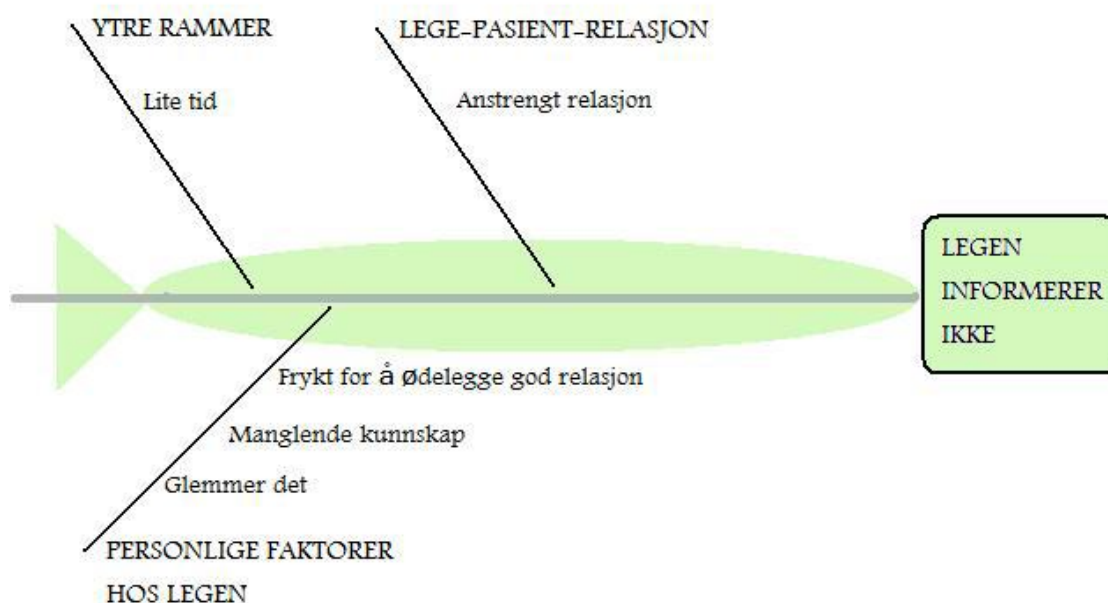
Det er altså sammensatte årsaker til hvorfor folk kjører bil i påvirket tilstand. Informasjon er en grunnstein i det forebyggende arbeidet. Uten at pasienten har kunnskap om farene ved å kjøre bil i påvirket tilstand, vil det være vanskelig eller umulig å endre kjørevanene. Vi har evidens for at informasjonen angående trafikkrisiko er mangelfull. Vi har derfor valgt å fokusere på informasjon og kunnskap, og hvordan man kan forbedre dette.

Årsaker til dårlig pasientinformasjon

Når legen ikke tar opp bilkjøring med disse pasientene kan det skyldes flere ting (Figur 2). I en travel arbeidsdag har legen begrenset tid til hver pasient. Å gå inn på temaet bilkjøring krever tid, og det kan derfor fort glemmes eller nedprioriteres. Det kan også oppleves som ubehagelig å ta opp temaet, ettersom mange pasienter opplever at muligheten til å kjøre bil er en rettighet de har. Spesialister, og særlig psykiatere, oppgir at de unngår temaet fordi de vil beholde en god behandlingsrelasjon. Videre er ansvarsfordelingen uklar. Retningslinjene er nokså vage og beskriver ikke hvor i helsevesenet pasienten skal konfronteres med problemet. Spesialistene mener det er naturlig at fastlegene gjør det, ettersom de kjenner pasientene best og har den mest langvarige relasjonen. Fastlegene på sin side opplever det som ubehagelig å konfrontere en pasient som har vært hos spesialist/psykiater, uten at det har blitt tatt opp hos spesialisten. Til sist kan man tenke seg at det hos mange leger ikke er nok bevissthet rundt farene forbundet med benzodiazepinbruk og bilkjøring. Dette kan bunne i manglende kunnskap om emnet, at det ikke anses som viktig eller at det rett og slett blir glemt. Noen leger oppgir at pasientene antagelig er i stand til å vurdere egen kjøreevne, mens andre ikke synes det er nødvendig å snakke om bilkjøring med pasienter som de aldri har opplevd som beruset/påvirket (6).

Et infoskriv som legen kan gi til pasienten kan påvirke flere av disse punktene i positiv retning. Det vil kunne virke som en påminner for legen om at dette er viktig. I tillegg allminneliggjør det

temaet noe, slik at det kan bli enklere å ta det opp med pasienten. Enkelte pasienter kan dermed få økt forståelse for at dette er noe legen er nødt til å ta opp, og at det ikke skyldes at legen 'er ute etter dem'. Dermed kan en god relasjon bevares.



Figur 2 | Mulige årsaker til dårlig pasientinformasjon

og verdien av skriftlig informasjon om medisiner til pasienter sett både fra pasienters, pårørendes og helsearbeideres perspektiv. Skriftlig informasjon alene ser ikke ut til å oppleves som tilstrekkelig. Pasienter synes den skriftlige informasjonen de får har vanskelig språk og dårlig visuell fremstilling. Informasjon i pakningsvedlegg leses og verdsettes i liten grad hvis dette er den eneste informasjonen pasienten får. Viktigst for pasienten er god informasjon kommunisert av legen under konsultasjonen, og innholdet i eventuelt utdelt skriftlig informasjon bør gjennomgå under konsultasjon hos lege.

Det viser seg at helsepersonell i større grad enn pasientene vektlegger at informasjonen må være kortfattet, og at pasienter i stor grad ønsker informasjon om ulemper ved en medisin selv om det kan øke nivået av angst. Det viser seg at pasienter ønsker at informasjon i størst mulig grad skal være individuelt tilpasset (19).

En enkeltstudie av Gibbs et al fra 1989 ser på fordelene ved informasjonsbrosjyrer. Pasienter som fikk forskrevet penicillin, diuretika eller benzodiazepiner ble delt i to grupper hvor den ene gruppen fikk utdelt en informasjonsbrosjyre om medisinen ved henting på apotek. Pasientenes kunnskap om medisinerne, kunnskap om bivirkninger, rapportering av bivirkninger, grad av etterlevelse og grad av tilfredshet ble målt i et intervju to uker etter konsultasjonen. Benzodiazepin-brukende pasienter som fikk skriftlig informasjon sammen med resepten hadde signifikant større kunnskap om medisinerne, økt oppmerksomhet på bivirkninger og økt tilfredshet. Til forskjell fra brukere av diuretika og penicillin, rapporterte benzodiazepin-pasientene som hadde fått skriftlig informasjon flere bivirkninger, og de hadde ikke-signifikant dårligere etterlevelse enn de som ikke fikk denne informasjonen (20).

Valg av tiltak

Vi har valgt å utarbeide et informasjonsskriv som hovedtiltaket i vårt forbedringsarbeid. Informasjonsskrivet gjennomgås muntlig med pasienten i løpet av konsultasjonen. Som beskrevet finnes det dokumentasjon for at infoskriv øker pasienters kunnskap (20), og for at effekten av informasjonen blir best hvis informasjonen i tillegg overbringes muntlig under legkonsultasjon, hvor eventuelle uklarheter også kan oppklares (19). Denne muntlige gjennomgangen av infoskrivet bør også kunne tilfresstille et behov for individuell tilpasning av informasjonen. Under prosessen med å finne et tilfredsstillende tiltak var vi også inne på tanken om et 'pop-up'-program i journalsystemet som en påminnelse til legen om å informere. Grunnen til at vi gikk bort fra dette var at infoskrivet var lettere gjennomførbart. Dessuten ville et dataprogram kreve hjelp fra datakyndige og bli langt mer kostbart. Videre vurdering av tiltaket er beskrevet lenger ned i PDSA-delen.

Indikatorvalg

Måten vi har tenkt å måle effekten av tiltaket på er å se hvor stor andel av pasientene som forskrives benzodiazepiner som får utdelt informasjonsskrivet om trafikkfare i forbindelse med at de får resepten sin. Kriteriet som skiller *godt* fra *dårlig* er hvorvidt pasienten har fått nevnte skriv før de kommer for å heve resepten på apoteket. Det er lett å se for seg optimalt nivå for dette kriteriet, nemlig at 100 % av pasientene har fått informasjonsskrivet. Ønsket nivå, eller målsetningen for dette prosjektet, synes vi burde være at 90 % av pasientene har fått skrivet. Det er problematisk å definere et null-nivå, dvs hvor mange pasienter som får tilstrekkelig informasjon før prosjektstart. Vi mener likevel å ha vist i kunnskapsgrunnlaget vårt at informasjonen til pasienter som får benzodiazepiner er for dårlig, og at dersom målsetningen nås, vil det representere en reell økning i andelen informerte pasienter.

Vi mener at indikatoren er relevant for problemstillingen, valid og enkel å måle. Den er numerisk, har bare to mulige utfall og nevneren er opplagt (antall pasienter som hever benzodiazepiner). Videre er indikatoren svært sensitiv for forandring i informasjonsarbeidet, og eventuelle endringer vil kunne fanges opp omtrent samtidig som de inntreffer. Reliabiliteten blir diskutert under, i avsnittet *problematisering av handlingsplan*.

Prosess og organisering for bedre praksis

I organiseringen av arbeidet vårt har vi valgt å bruke den anbefalte PDSA-tilnærmingen, det vil si *Plan – Do – Study – Act*. Nedenfor følger en detaljert beskrivelse av hvordan hver av de fire delene burde utføres.

Plan – hva er målet?

Målet vårt er å øke andelen pasienter som ved forskrivning av benzodiazepiner får informasjon om trafikkfare forbundet med bruk av slike preparater. I tillegg ser vi for oss at arbeidet kan medføre en bevisstgjøring rundt denne problematikken, en belysning av forholdene som gjør at slik informasjon ikke blir gitt, samt bedret kvalitet på informasjonen som gis og rutinene rundt. Disse aspektene ser vi på som sekundære til hovedmålet, og de vil ikke bli forsøkt kvantifisert eller evaluert i denne oppgaven.

Do – tiltak for å nå målet

Arbeidet med å øke andelen pasienter som får informasjon, dreier seg i hovedsak om et informasjonsskriv som fastlegene skal dele ut til pasienter som forskrives benzodiazepiner. Tanken er at skrivet skal hjelpe legene til å huske temaet, senke terskelen for å snakke om det og sikre at riktig informasjon blir gitt. I tillegg skal skrivet fungere som effektindikator ved at farmasøytene som utleverer benzodiazepiner, spør pasientene direkte om de har mottatt informasjonsskrivet. Samlet sett vil informasjon fra farmasøytene enkelt kunne vise *andelen informerte pasienter*. For å sikre informasjon til flest mulig pasienter, vil de som kommer til apoteket uten informasjonsskriv få utdelt dette av farmasøytene, og oppfordres til å diskutere det med legen sin ved neste konsultasjon.

Vi har utarbeidet en konkret handlingsplan som skal sikre at både legene og farmasøytene får tilegne seg tilstrekkelig kunnskap, og blir tilstrekkelig motivert, til at prosjektet kan gjennomføres på en adekvat måte. Vi ser for oss at hver enkelt lege og farmasøyt personlig inviteres til et lunsjmøte, og at vi gjennom dette møtet kan informere om prosjektet og distribuere informasjonsskrivet. Deretter vil prosjektet starte, legene vil forhåpentligvis informere og farmasøytene måle. Hver andre uke vil vi kalkulere andelen informerte pasienter og gi tilbakemeldinger til deltakerne per mail. Hver tredje måned vil vi arrangere et nytt lunsjmøte, for å kunne diskutere prosjektets utvikling. I de kommende avsnittene beskrives denne planen mer i detalj.

Handlingsplanen tar utgangspunkt i ett enkelt fastlegesenter og tre-fire apotek som geografisk sett er tetttest knyttet til dette senteret. De prosjektansvarlige skal snakke med hver enkelt lege og farmasøyt, ansikt til ansikt, slik at prosjektet kan legges fram på en mest mulig troverdig måte. Deltakerne vil gjennom dette møtet bli invitert til et felles lunsjmøte ved det aktuelle legesenteret, hvor de vil bli servert lunsj og få mer detaljert informasjon. De resterende ansatte ved legesenteret vil også være velkomne, men vil ikke motta noen invitasjon i form av en spesifikk samtale.

Selve lunsjmøtet vil inneholde en kort presentasjon av de prosjektansvarlige, og en mer detaljert presentasjon av kunnskapsgrunnlaget og handlingsplanen. Informasjonsskrivet til pasientene legges fram og diskuteres, for å sikre forståelse av innholdet. Samtlige deltakere får utdelt flere

skriv enn de vil trenge til de neste tre månedene, det vil si fram til det første evalueringsmøtet. Rapporteringsrutiner avtales med farmasøytene og til slutt erklæres prosjektet for startet.

Study – måling av effekt

Når pasienter som har blitt foreskrevet benzodiazepinpreparater kommer til apoteket for å heve reseptene fra de inkluderte legene, vil farmasøytene som godkjenner utleveringen forhøre seg om hvorvidt de har fått informasjonsskrivet eller ikke. Farmasøytene loggfører andelen av informerte pasienter på grunnlag av denne enkle målingen. Til slutt rapporterer de resultatene til prosjektledelsen etter avtalte rutiner. Prosjektledelsen samler denne informasjonen, og gir månedlige tilbakemeldinger til alle deltakere.

Act – evaluering

Vi ser for oss at det hver tredje måned vil avholdes et nytt lunsjmøte med alle de involverte. På disse møtene vil det bli mulighet til å diskutere prosjektets effekt, forbedringspotensiale og eventuelle problemer. Slik vil leger og farmasøyter kunne dra nytte av hverandres erfaringer, og kunne hjelpe hverandre til å forbedre informasjonsarbeidet. Dersom det kommer fram at noe ikke fungerer vil alle de involverte i samarbeid forsøke å komme fram til forbedringer, og endringer vil kunne iverksettes fortløpende.

Motivasjon hos deltakerene

Vi ser for oss at presentasjonen av kunnskapsgrunnlaget vil kunne virke motiverende på deltakerene ved å øke forståelsen for at det eksisterer et problem som det er mulig å gjøre noe med. Hyppige tilbakemeldinger og samarbeidsmøter bør kunne vedlikeholde motivasjonen. Gratis lunsj må kunne sees på som en form for ytre motivasjon. Selv om en slik motivasjon kan være problematisk i helsevesenet, mener vi at det er greit i denne sammenhengen, ettersom prosjektet har utelukkende altruistiske motiver.

Prosjektet vil forhåpentligvis også kunne skape bedre relasjoner og tettere samarbeid mellom det aktuelle legesenteret og apotekene. Et slikt samarbeid vil kunne påvirke forskrivningsarbeidet positivt hva angår alle typer medikamenter, ikke bare benzodiazepiner. Terskelen ville bli lavere

for å ta kontakt i begge retninger. Man kan tenke seg at en riktigere bruk av medikamenter og bedre pasientinformasjon kan være en tilleggseffekt av dette.

For at dette prosjektet skal kunne utføres på en tilfredsstillende måte, er det en forutsetning at fastlegene ser behovet for endret praksis ved forskrivning av benzodiazepiner. Man vil ikke kunne tilby fastlegene en økonomisk kompensasjon for å delta. Dette prosjektet vil komme som et tilleggsarbeid i en hektisk hverdag. Det ligger derfor en betydelig ledelsesutfordring i å motivere til innsats. Vi velger å se på motivasjon for endring med utgangspunkt i kognitiv motivasjonsteori (21).

Denne teorien vektlegger tre typer av forestillinger som er viktig for at et prosjekt skal lykkes.

- Subjektive forventinger om at en innsats skal gi resultater. Her blir det prosjektlederens oppgave å overbevise fastlegene og farmasøytene om at innsatsen er verdt strevet, om at forbedret informasjon til pasientene faktisk kan redusere uforsvarlig bilkjøring.
- Instrumentelle overveielser som går ut på om innsatsen fører til en belønning. I vårt tilfelle er belønningen at flere pasienter er informert om konsekvensene ved bilkjøring påvirket av benzodiazepiner. Det vil forhåpentligvis redusere bilbruken i påvirket tilstand.
- Valensvurdering handler om belønningens subjektive verdi for individet. Hver fastlege må oppleve at det å øke andelen informerte pasienter gir en faktisk belønning. For en enkelt fastlege vil denne belønningen kunne være at man utfører sin legegjerning på en mest mulig samvittighetsfull og korrekt måte.

Ut fra disse tre forestillingene ser vi flere mulige utfordringer knyttet til ledelsesaspektet. For eksempel at fastlegene ikke oppfatter at den innsatsen de gjør ved å informere pasienten gir tilstrekkelige resultater. Eventuelt at det ikke er verdt det ekstra arbeidet, eller at belønningen til hver enkelt fastlege for å gjennomføre prosjektet ikke oppfattes som god nok i forhold til den innsatsen som kreves. Den subjektive verdi kan ansees som lav for den enkelte fastlege.

Problematisering av handlingsplan

Det finnes en del feilkilder i målemetoden vi har valgt å bruke. For det første er det ingenting som tilsier at ett apotek brukes kun av pasienter fra ett legesenter, ei heller at alle pasienter fra ett legesenter går til samme apotek for å heve sine resepter. Vi kan redusere feilmarginen noe ved at det i farmasøytens rutiner implementeres kun pasienter med resepter signert av gitte leger. Det vil si kun legene ved det aktuelle senteret skal inkluderes i prosjektet. Likevel vil vi ikke kunne utelukke at pasienter fra legesenteret hvor prosjektet gjennomføres bruker andre apoteker. Dette representerer en vedvarende feilkilde som det er vanskelig å kvantifisere.

Videre vet vi fra egen erfaring at det ikke alltid bare er leger som fyller ut resepter. Det er i varierende grad praksis at annet personell ved senteret fyller ut resepter. Dette gjelder særlig kjente pasienter hvor resept signeres av legene uten at det gjennomføres en konsultasjon. For å begrense effekten av denne feilkilden kunne man tenke seg å innføre rutiner ved legesenteret. Det kan innebære at benzodiazepinpreparater bare skal skrives ut innenfor rammene av en konsultasjon med en lege. Slik ville man i større grad kunne sikre at riktig informasjon blir gitt. Det bør kunne være rom for diskusjon av slike rutiner i løpet av det første lunsjmøtet. Graden av etterfølgelse ville kunne evalueres i påfølgende møter.

Effektmålet vårt er som nevnt svært enkelt, farmasøytene spør direkte om pasienten har fått informasjonsskrivet eller ikke. Dette er ikke nødvendigvis et godt mål på hvorvidt pasienten har forstått eller tatt til seg informasjonen. Det er ikke uproblematisk for farmasøytene å drive ytterligere utspørring av pasientene, men vi tenker oss det også kunne spørres om hvorvidt pasientene selv føler at de har forstått informasjonen. Det ville gi et bedre mål på hvor godt legene når pasientene, og ville kun i liten grad oppfattes som støtende. I tillegg ville de som ikke følte at de forstod legen sin informasjon eventuelt kunne få hjelp av farmasøyten.

Ressursbruk

Å drive dette prosjektet ved ett enkelt legesenter vil kreve kun et fåtall ansvarlige. To personer vil uten store vanskeligheter kunne invitere deltakere, avholde møter og samle inn og evaluere resultater, og det ville heller ikke representere noen heltidsjobb. Vi ser for oss at 12 måneder vil være nok tid til å få et godt inntrykk av prosjektets effekt. Da ville materielle kostnader inkludere ett oppstartsmøte, fire evalueringsmøter og trykking av informasjonsmateriellet. Dersom prosjektet også viser god effekt på pasientinformasjon mener vi at dette ville være et billig og nyttig tilskudd til dagens helsevesen.

EVALUERING

Problematisering av handlingsplan

Det er ikke sikkert at vi fanger opp alle reseptene som skrives ut ved det aktuelle legesenteret. Noen pasienter kan velge å gå til et apotek som ikke er inkludert. Vi ønsker å redusere denne feilkilden ved å gjennomføre prosjektet vårt på et lite sted, og samtidig inkludere tre til fire apotek.

Videre vet vi fra egen erfaring at det ikke alltid bare er leger som fyller ut resepter. Det er i varierende grad praksis at annet personell ved senteret fyller ut resepter, særlig til kjente pasienter, som bare signeres av legene uten at det gjennomføres noen konsultasjon. For å begrense effekten av denne feilkilden, kunne man tenke seg å innføre rutiner ved legesenteret som tilsier at benzodiazepinpreparater bare skal skrives ut innenfor rammene av en konsultasjon med en lege. Slik ville man i større grad kunne sikre at riktig informasjon blir gitt. Det bør kunne være rom for diskusjon av slike rutiner i løpet at det første lunsjmøtet, og graden av etterfølgelse ville kunne evalueres i påfølgende møter.

Effektmålet vårt er som nevnt svært enkelt, farmasøytene spør direkte om pasienten har fått informasjonsskrivet eller ikke. Dette er ikke nødvendigvis et godt mål på hvorvidt pasienten har forstått eller tatt til seg informasjonen. Det er ikke uproblematisk for farmasøytene å drive ytterligere utspørring av pasientene, men vi tenker oss at det også kunne spørres om hvorvidt pasientene selv føler at de har forstått informasjonen. Det ville gi et bedre mål på hvor godt legene når pasientene, og ville kun i liten grad oppfattes som støtende. I tillegg ville de som ikke følte at de forstod legen sin eventuelt kunne få hjelp av farmasøyten.

Vi ønsker å evaluere effekten av dette tiltaket ved å bruke andelen pasienter med mottatt infoskriv og gjennomført informasjonssamtale med lege som en indikator på at pasienten er informert. I evalueringsarbeidet forutsetter vi at andelen informerte pasienter i utgangspunktet var lav. Denne forutsetningen underbygges av flere faktorer nevnt i kunnskapsgrunnlaget, blant annet Helsetilsynet i Vestfolds undersøkelse blant fastleger, våre egne erfaringer fra praksisutplassering i 10. semester og det faktum at nesten 1 av 20 bilister hadde trekantmerkede preparater i blodet i en undersøkelse.

Gjennomføringen av prosjektevalueringen

En evaluering av effekten bør etter vår mening inneholde enkle begreper og enkel statistikk for at den skal være lett å forstå og anvende. Vi tenker oss at vi kan samle inn og bearbeide rapportene fra apotekene annenhver uke. Deretter lager vi en tabell som viser andelen informerte pasienter etter definisjonen ovenfor. De siste andelstallene kan så sendes ut i en felles epost til alle involverte personer, både på apotek og på legekantorene.

Før prosjektet starter opp ønsker vi å definere uttrykket 'en god andel informerte pasienter'. Dette kan for eksempel skje på det innledende lunsjmøtet. Ideelt vil uttrykket være 100 %. I en travel hverdag kan dette målet derimot bli vanskelig å nå. Andelen som man ønsker å oppnå skal derfor diskuteres og fastsettes sammen med de involverte partene.

Utover i prosjektperioden kan man ta i bruk verktøy som statistisk prosesskontroll. Vi ønsker å implementere et RUN-diagram etter seks måneder i prosjektet for å sikre oss at fastlegene ikke dabber av i arbeidet med å informere pasienter. Dette kan lages på standardisert vis ved å lage en median av de plottede tolv punktene, og så vurdere om resten av prosjektperioden løper stabilt eller om man får signifikante forandringer.

DISKUSJON

Vi foreslår å produsere et kortfattet informasjonsskriv om trafikkfaren knyttet til benzodiazepiner som et tiltak for bedring av pasientinformasjonen. Skrivet gjennomgås muntlig og deles ut ved forskrivning av benzodiazepiner og z-hypnotika. Hvorvidt pasienten har fått informasjon måles ved at apotekansatte ved utlevering registrerer hvorvidt pasienten har mottatt infoskrivet.

En svakhet ved målemetoden er utvilsomt at mottatt informasjonsskriv ikke nødvendigvis innebærer at pasienten er bedre informert, og motsatt kan pasienten være godt informert uten å ha mottatt informasjonsskriv. Vi vet heller ikke sikkert at pasientene var dårlig informert i utgangspunktet, men støtter oss på kontrollinstitusjoners tilsyn og våre egne erfaringer fra praksis.

Videre er det noe usikkert hvorvidt allmennlegenes praksis vil bli varig endret. Det er sannsynlig at man kan påvise effekt i det tidsrommet prosjektet pågår. Spørsmålet er om vi på sikt bare har produsert nok et skjema som vil bli liggende ubrukt. Vi tror likevel at prosjektet kan medføre å øke legenes bevissthet rundt problematikken. Siden forskrivning av benzodiazepiner er så utbredt, håper vi oppmersomheten vedlikeholdes også etter at den aktive motiveringen og evalueringen er avsluttet.

Gjennomføring av prosjektet forutsetter samarbeid med flere aktører i helsevesenet. Dette kan komplisere prosjektet i det evalueringen ikke bare avhenger av motiverte leger, men også av at målingen samvittighetsfullt utføres på apotekene. Men et samarbeid mellom primærleger og apotekansatte kan også øke motivasjonen for å gjennomføre det konkrete prosjektet – i tillegg til å bedre samarbeidet og relasjonen mellom lege og apotek generelt.

Mangel på oversiktsartikler vedrørende effekt av infoskriv, samt mangelfull dokumentasjon på hvorvidt informerte benzodiazepinbrukere i mindre grad kjører i påvirket tilstand, kan sees på som en svakhet ved dette prosjektet. Vi anser like fullt en økt grad av kunnskap som nødvendig, om enn ikke sikkert tilstrekkelig, for å redusere bilkjøring under påvirkning av benzodiazepiner. Utdeling og muntlig gjennomgang av et enkelt, kortfattet informasjonsskriv ved foreskrivning av

benzodiazepiner vil kunne være et billig og enkelt gjennomførbart forbedringsprosjekt. Tiltaket kan vanskelig tenkes å ha noen negative konsekvenser. Det vil sette fokus på et utbredt problem. Selv en liten bedring av pasientinformasjonen vil tale for at prosjektet bør forsøkes gjennomført.

VEDLEGG TIL OPPGAVEN

Benzodiazepiner og bilkjørng

- Kan jeg kjøre bil når jeg bruker benzodiazepiner?

Konkrete råd:

1. Generelt må du ikke kjøre bil når legen har frarådet deg å gjøre det.
2. Aldri kjør bil innen 4 timer etter at du har inntatt et Benzodiazepin, dvs. medikamenter som Sobril, Stesolid, Valium, Vival, Apodorm og Imovane.
3. De første to ukene etter at du har startet å bruke, eller økt dosen av, ett eller flere av medikamentene ovenfor, må du ikke kjøre bil.
4. Kombinasjonen av benzodiazepiner og alkohol er spesielt fryktet og gir en sterk virkning sammen.
5. Er du i tvil om disse rådene, ta kontakt med legen din før du kjører.

Utfyllende informasjon:

Benzodiazepiner og benzodiazepin-lignende preparater utgjør to grupper legemidler, angstdempende midler og sovemidler. De vanligste merkenavnene er Sobril, Stesolid, Valium, Vival, Apodorm og Imovane.

Benzodiazepinene har flere egenskaper. De reduserer ved korttidsbruk angst og aggresjon, virker beroligende, virker søvnfremkallende og gir muskelavslapning. Virkningen kommer raskt og er sterk.

I enkeltsituasjoner kan benzodiazepiner gjøre at man blir uforutsett sløvet, får midlertidig svikt i hukommelsen og nedsatt prestasjonsevne. Derfor anbefales det på det sterkeste at man ikke kjører bil før man i samarbeid med en lege har vurdert hvordan man selv reagerer på et bestemt preparat.

Internasjonal forskning har vist at risikoen for å bli involvert i en ulykke er dobbelt så stor dersom man kjører bil etter å ha inntatt angstdempende legemidler. Risikoen øker raskt videre avhengig av hvor mye man har inntatt og dersom man samtidig har drukket alkohol.

Etter ulykker med personskader eller dødsfall krever politiet ofte blodprøver av sjåførene som var involvert. Dersom det oppdages at man har kjørt i en tilstand påvirket av benzodiazepiner øker sjansen for at man blir tildelt skyld, og man kan i verste fall risikere å bli tiltalt for uaktsomt drap. (Vegtrafikklovens § 22).

Referanseliste

- (1) Folkehelseinstituttet. Reseptregisteret. www.reseptregisteret.no/prevalens.aspx 2010
- (2) Folkehelseinstituttet. Rapport 2008:3 TEST- for trafikksikkerheit og helse. www.fhi.no/dokumenter/65481b1f1a.pdf 2008
- (3) Rapoport MJ, Lanctot KL, Streiner DL, et al. Benzodiazepine use and driving: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2009;70(5):663-73.
- (4) Barbone F, McMahon AD, Davey PG, et al. Association of road-traffic accidents with benzodiazepine use. *Lancet* 1998;352(9137):1331-6.
- (5) Statistisk sentralbyrå. Veitrafikkulykker med personskaade, endelige tall 2008. www.ssb.no/vtuaar 2008
- (6) Helsetilsynet i Vestfold. Erfaringer og oppsummering fra tilsyn med legers meldeplikt om helsekrav til førerkort. 2008.
- (7) Helsetilsynet i Vestfold. Rapport fra tilsyn med legers meldeplikt om førerkortkrav. 2008.
- (8) Mørland J. Kjøring under påvirkning av medikamenter og andre rusmidler enn alkohol. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000;120(18):2148-50.
- (9) Orriols L, Salmi LR, Philip P, et al. The impact of medicinal drugs on traffic safety: a systematic review of epidemiological studies. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009;18(8):647-58.
- (10) Thomas RE. Benzodiazepine use and motor vehicle accidents. Systematic review of reported association. *Can Fam Physician* 1998;44:799-808.
- (11) Gustavsen I, Bramness JG, Skurtveit S, Engeland A, Neutel I, Morland J. Road traffic accident risk related to prescriptions of the hypnotics zopiclone, zolpidem, flunitrazepam and nitrazepam. *Sleep Med* 2008;9(8):818-22.
- (12) Engeland A, Skurtveit S, Morland J. Risk of road traffic accidents associated with the prescription of drugs: a registry-based cohort study. *Ann Epidemiol* 2007;17(8):597-602.
- (13) Christophersen AS, Morland J. Frequent detection of benzodiazepines in drugged drivers in Norway. *Traffic Inj Prev* 2008;9(2):98-104.

-
- (14) Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om pasientrettigheter. § 3-2 og § 3-5. [www lovdata no/all/nl-19990702-063 html](http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html) 2009
 - (15) Helsetilsynet. Vanedannende legemidler - forskrivning og forsvarlighet. [www helsetilsynet no/templates/Document____6707 aspx](http://www.helsetilsynet.no/templates/Document____6707.aspx) 2001
 - (16) Samferdselsdepartementet. Forskrift om førerkort m.m. Vedlegg 1 - Helsekrav. § 1 og § 2. [www lovdata no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20040119-0298 html](http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20040119-0298.html) 2009
 - (17) Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om helsepersonell m.v. § 34 . [www lovdata no/all/nl-19990702-064 html](http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html) 2009
 - (18) Samferdselsdepartementet. Vegtrafikklov. § 22. [www lovdata no/all/nl-19650618-004 html](http://www.lovdata.no/all/nl-19650618-004.html) 2009
 - (19) Raynor DK, Blenkinsopp A, Knapp P, et al. A systematic review of quantitative and qualitative research on the role and effectiveness of written information available to patients about individual medicines. *Health Technol Assess* 2007;11(5):iii, 1-iii160.
 - (20) Gibbs S, Waters WE, George CF. The benefits of prescription information leaflets (2). *Br J Clin Pharmacol* 1989;28(3):345-51.
 - (21) Kaufmann G, Kaufmann A. *Psykologi i organisasjon og ledelse*. 2. ed. Bergen: Fagbokforlaget; 1998.